

зуба, і відповідно, до повторного лікування. Загалом протягом 3х років відвідують стоматолога кожні 4-6 місяців: підтримують пломби в устьових частинах зубів, більше не відновлюючи реставрацій, у латеральних різцях періодонтит не розвинувся. Тобто Триоксидент дав тривалий ефект у 50%, при цьому забарвив зуби у сірий колір.

Висновки. 1. Необхідно використовувати більш надійні препарати для вітальної ампутації тимчасових різців, наприклад, формокрезол (98% успіху протягом до 5 років спостереження, на відміну від Триоксиденту – успіх 15-23% протягом 3 років). 2. Не залежно від використаних технік лікування пульпіту, тимчасові зуби мають зумовленість до розвитку періодонтиту внаслідок додаткових каналців/відгалужень, широких апексів, теоретичної неможливості використання стабільних силерів, що не дає досягти герметизму апексів. 3. Недосконалість ендодонтії тимчасових різців, а також фактори ризику карієсу, які не завжди можливо усунути, різко обмежують довговічність реставрацій тимчасових різців.

## **DEMODEX-АСОЦІЙОВАНІ ДЕРМАТОЗИ**

**Філоненко Г.С.**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Дудченко М.О.**

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з шкірними*

*та венеричними хворобами*

*Українська медична стоматологічна академія*

Папулопустулезні дерматози, основною локалізацією яких є шкіра обличчя (акне, розацеа, періоральний дерматит, себорейний дерматит), залишаються актуальною проблемою в дерматовенерології. Серед різних причин виникнення цих захворювань певна роль відводиться паразитарній теорії. Відповідно до неї, формування папул і пустул на шкірі обличчя сприяє кліщ-железниця (*Demodex*).

Мета. Вивчення клінічних особливостей прояву демодекс-асоційованих дерматозів обличчя, а також оцінка ефективності протипаразитарних місцевих засобів у пацієнтів з лабораторним підтвердженням наявності кліщів роду *Demodex*.

Під спостереженням перебувало 60 пацієнтів (20 чоловіків і 40 жінки) у віці від 18 до 70 років з діагнозами: розацеа - 16, себорейний дерматит - 20, періоральний дерматит - 12, акне - 12. Для дослідження підбиралися пацієнти з тривалістю захворювання понад 2 місяців і з переважною локалізацією висипань на обличчі.

Всі пацієнти отримували комплексну загальну терапію відповідно до загальноприйнятих стандартів лікування розацеа, акне, периорального дерматиту, себорейного дерматиту і з урахуванням супутніх загальносоматичних захворювань. Місцева терапія пацієнтів включала призначення препаратів, що включають метронідазол (гель, крем, шампунь) або азе-

лаїнової кислоти (гель, крем) в залежності від форми захворювання, локалізації висипань.

У всіх обстежених 60 пацієнтів лабораторно був виявлений Demodex в кількості більше 5 особин в 1 см<sup>2</sup>. Захворювання частіше виявлялося у жінок (68%). Залежно від переважання в клінічній картині морфологічних елементів, у пацієнтів були виділені такі клінічні форми: еритематозно-сквамозна – 10 (16,6%) пацієнтів, розацеаподібна – 14 (23,3%), папулопустулезна – 15 (25%), акнеформна – 9 (15%), комбінована – 12 (20%) пацієнтів.

Застосування антидемодекозних препаратів (місцево і системно) дозволило зменшити свербіж і болючість шкіри вже на 4-5 день, на 12 день – зменшити кількість висипань, а у кожного другого пацієнта суб'єктивні симптоми проходили до 21-28 дня терапії

Клінічними особливостями демодекс-асоційованих дерматозів є папулопустулезні і розацеаподібні висипання, переважання осіб жіночої статі, вік старше 30 років. Клінічні результати застосування місцевих антипаразитарних препаратів в комбінованій терапії дерматозів особи з кліщовою інвазією Demodexfolliculorum показали високу ефективність і хорошу переносимість, що дозволяє рекомендувати їх для місцевого лікування demodex-асоційованих дерматозів

## **ДИСБІОТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗНИМИ СТОМАТИТАМИ**

***Черненко К.О., Ковальський Л.Б., Беда В.В.***

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ступак О.П.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність дослідження обумовлена тим, що розповсюдженість захворювань, викликаних умовно-патогенною мікрофлорою, в тому числі і дріжджеподібними грибами роду *Candida* невідомо зростає з кожним роком.

Це зумовлено нераціональним та неконтрольованим використанням в медицині антибіотиків, антисептиків, гормональних препаратів, зниженням імунологічної реактивності організму у хворих, що призводить до посиленого розмноження грибів роду *Candida*, на тлі стрімкого зниження кількості пробіотичної мікрофлори, розвитку дисбіозу та кандидозу.

До теперішнього часу, незважаючи на широкий вибір медикаментозних препаратів, лікування кандидозних стоматитів у лікарів-стоматологів викликає значні труднощі. Це, на нашу думку, пов'язано з толерантністю грибів роду *Candida* до традиційних протигрибкових препаратів, зниженням імунологічної реактивності організму, відсутністю ефективних схем лікування та профілактики кандидозних стоматитів у хворих з використанням імунобіологічних (бактеріальних) препаратів, відсутністю схем